

ANDRÉ BARROS VILELA DE FARIAS

**ANÁLISE CLÍNICA, LABORATORIAL E CIRÚRGICA DE
80 PACIENTES SUBMETIDOS A APENDICECTOMIA NO
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina , para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1999

ANDRÉ BARROS VILELA DE FARIAS

**ANÁLISE CLÍNICA, LABORATORIAL E CIRÚRGICA DE
80 PACIENTES SUBMETIDOS A APENDICECTOMIA NO
HOSPITAL FLORIANÓPOLIS**

Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina , para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.

Coordenador do Curso: Edson Cardoso

Orientador: Élcio Silva

FLORIANÓPOLIS

1999

Farias, André Barros Vilela de. *Análise clínica laboratorial e cirúrgica de 80 pacientes submetidos a apendicectomia no Hospital Florianópolis*. Florianópolis, 1999.

24p.

Trabalho de Conclusão no Curso de Graduação em Medicina - Universidade Federal de Santa Catarina

1. Apendicite 2. Apencicectomia

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho aos meus pais, Gilvan e Glória, à minha avó Maria das Neves, meus irmãos Daniele e Bruno que sempre me ajudaram e incentivaram durante toda minha vida e principalmente durante toda a minha jornada acadêmica.

Aos verdadeiros amigos, que sempre estiveram comigo e compartilharam os bons e os maus momentos durante estes seis últimos anos.

Aos meus “pais adotivos”: Gilberto e Ursula Krause e Carlos Henrique e Cristina Dantas, por todo o carinho, incentivo e confiança que em mim depositaram.

Aos amigos André Luis Bellentani, Rafael Cota Schiochet e Renata Marques, pela ajuda que me deram na realização deste trabalho.

ÍNDICE

1. Introdução..... 1

2. Objetivo..... 5

3. Método..... 6

4. Resultados..... 7

5. Discussão..... 12

6. Conclusões..... 17

7. Referências..... 18

Resumo..... 21

Summary..... 22

Apêndice..... 23

1.INTRODUÇÃO

A apendicite é a causa mais comum de abdome agudo cirúrgico.^(1, 2)

Foi descrita pela primeira vez por Heister , em 1711 ^(4, 5) . O reconhecimento da apendicite como uma entidade clínica e histopatológica para a qual a terapia cirúrgica é essencial remonta a 1886, quando Reginald Fitz, professor de Anatomia Patológica em Harvard, pronunciou no primeiro encontro da Association of American Phisician, um estudo intitulado “ Inflamação perfurante do apêndice vermiforme , com especial referência a seu diagnóstico e tratamento precoce “. ⁽⁶⁾

Existem relatos isolados de apendicectomias desde 1736, quando Amyand removeu com sucesso de um saco herniário um apêndice que tinha sido perfurado por um alfinete. ⁽⁶⁾

Em 1886, Thomas Moron, realizou a primeira apendicectomia eficaz no tratamento da apendicite aguda. Finalmente, em 1889, Charles McBurney, descreveu as manifestações clínicas da apendicite aguda não perfurada, incluindo o ponto de hipersensibilidade abdominal máxima e uma incisão realizada na parede abdominal nos casos de apendicite. ⁽²⁾ Este ponto descrito por McBurney se encontra na junção do terço externo com o interno a partir da espinha ilíaca ântero-superior numa linha imaginária dirigida para a cicatriz umbilical.⁽⁷⁾

O apêndice humano é um órgão vestigial ⁽⁷⁾ que nasce, tipicamente, do encontro póstero- medial do cécum na junção das três tênias do cólon, cerca de 1 a 2 centímetros abaixo do íleo. Ele tem, aproximadamente, 9 centímetros de comprimento (com variação de comprimento de 3 a 13 centímetros) ⁽⁷⁾

Sua posição é variável. Pode estar na cavidade peritoneal em sua posição característica na fossa ilíaca direita, ou sepultado sob o íleo terminal ou ainda atrás do ceco. Se o ceco é baixo, o apêndice pode situar-se inteiramente na pelve verdadeira, ou estar projetado sobre o bordo da pelve, cruzando os vasos ilíacos.⁽²⁾ Se o ceco é alto, pode estar localizado atrás do mesmo e ascender ao hipocôndrio direito. O único aspecto constante de sua posição é que sua base no ceco está sempre no ponto onde as três tênias convergem. ⁽⁶⁾ É importante conhecer a variação anatômica deste órgão, pois esta influi na variedade de sinais e sintomas encontrados no quadro clínico da apendicite aguda.

A apendicite é a patologia extra-uterina mais comum, que necessita de cirurgia abdominal durante a gestação.⁽³⁾ Durante os seis primeiros meses de gestação, os sintomas de apendicite não diferem muito daqueles das mulheres não grávidas.⁽⁸⁾ Durante o terceiro trimestre, a situação clínica é levemente alterada; o deslocamento e a rotação do ceco e do apêndice pelo útero aumentado levam à localização da dor em ponto um mais alto do abdômen ou no flanco direito.⁽⁸⁾

A luz do apêndice é estreita. Suas paredes são musculares, com uma camada externa longitudinal e uma interna circular. Na submucosa há folículos linfóides. Estes são particularmente proeminentes, em crianças ou adultos jovens, e podem projetar-se para, e parcialmente ocluir, o lúmen do apêndice.

A inflamação do apêndice vermiforme se dá principalmente pela obstrução do lúmen deste. ⁽²⁾ Os fecalitos são a causa habitual da obstrução do apêndice, por outros fatores menos comuns como hipertrofia do tecido linfóide, bário oriundo de exames radiológicos prévios, sementes de frutas e vegetais, vermes intestinais, sobretudo Áscaris e corpos estranhos.⁽²⁾

Após a oclusão do lúmen, ocorre aumento da pressão no interior do apêndice, com subsequente aumento de volume estimulando as extremidades nervosas das fibras aferentes viscerais da dor produzindo dor difusa, surda e

vaga na porção média do abdome ou na porção inferior do epigástrio, ao mesmo tempo que interfere na vascularização do apêndice.⁽¹⁾ No início o retorno venoso é retardado, causando trombose venosa e quando a mesma ultrapassa a pressão arteriolar observa-se isquemia do apêndice, seguindo-se necrose e perfuração do mesmo.

Do ponto de vista anátomo- patológico, a apendicite aguda é classificada em: catarral, flegmonosa, gangrenada e perfurada. Tais categorias representam estágios evolutivos da doença. A forma catarral representa um estágio inicial, no qual o processo inflamatório está restrito à mucosa e submucosa. Na fase seguinte (flegmonosa) observam-se alterações mais acentuadas, comprometendo todas as camadas do órgão. A serosa apresenta-se congesta, com acúmulo de fibrina. Pode haver exsudato serofibrinoso nas vizinhanças do apêndice. A gangrena vem a seguir. A forma gangrenada, com o passar do tempo, pode evoluir para a perfuração, resultando no extravazamento do conteúdo apendicular altamente contaminado para dentro da cavidade peritoneal.

A perfuração é a forma mais grave de apendicite aguda e está diretamente ligada a um aumento da morbi- mortalidade^(10, 11, 12). No paciente idoso, a apendicite aguda evolui mais rapidamente para a perfuração,^(12,13, 14) devido a diminuição da irrigação sangüínea e a debilidade estrutural do apêndice, associados ao diagnóstico tardio.⁽⁸⁾

A perfuração pode evoluir rapidamente para peritonite generalizada ou pode ficar bloqueada por órgãos ou estruturas adjacentes- em geral, alças do intestino delgado ,ceco ,mesentério e omento maior- originando o plastrão apendicular.⁽¹⁶⁾ Isto ocorre em 95% dos casos de apendicite perfurada.⁽¹⁾ Treze entre 100.000 habitantes na Dinamarca desenvolvem plastrão apendicular anualmente.⁽¹⁷⁾ Dentre 760 casos de apendicites aguda atendidas no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP, 52(6,8%) tinham plastrão.⁽¹⁸⁾

Em 5% dos casos (principalmente em crianças abaixo de 2 anos de idade e idosos acima de 65 anos),^(19, 20, 21, 22) o conteúdo do apêndice necrosado é derramado para a cavidade peritoneal, causando peritonite generalizada. Segundo estudo realizado por Motta et al, 20,33% dos pacientes acima de 50 anos apresentam peritonite generalizada⁽²³⁾.

Existe apenas um tratamento para a apendicite aguda e suas complicações: o tratamento cirúrgico.⁽⁸⁾ Não se deve tratar a apendicite com antibióticos, porque este procedimento ignora a causa da obstrução do apêndice. Portanto, a única questão a ser resolvida é quando a intervenção cirúrgica será realizada.⁽⁸⁾ Atualmente com o advento da cirurgia videolaparoscópica os cirurgiões ganharam um grande aliado ao combate da apendicite aguda. Inibarren et al,⁽²⁴⁾ em seu estudo concluiu que essa via facilita a cirurgia em qualquer fase da apendicite, sem aumentar a morbidade; afirma também, que sua maior utilidade seria nos casos de diagnóstico duvidoso, principalmente nos casos de mulheres grávidas e idosos, diminuindo infecções de ferida e seqüelas, com a vantagem do seu custo final ser, em muitos casos, menor que o das cirurgias convencionais, se for levado em consideração o período de inatividade profissional.

Uma demonstração evidente da importância que deve ser dispensada à apendicite aguda, é o grande número de trabalhos dedicados ao assunto na literatura em todos os tempos. Apesar de ser uma entidade nosológica bem conhecida desde o início do século, não deixa de ser importante como afecção cirúrgica, pela dificuldade de diagnóstico precoce, pela gravidade de suas complicações e pela morbidade e mortalidade relativamente altas, chegando as vezes em torno de 10%, segundo a literatura pesquisada.⁽⁹⁾

Cabe ao médico reconhecer a apresentação clínica e laboratorial da apendicite aguda, afim de interferir o mais precoce possível para proporcionar menor dano ao paciente submetido à essa entidade nosológica.

2. OBJETIVO

O presente trabalho visa conhecer e analisar as características clínicas, laboratoriais e cirúrgicas dos pacientes submetidos à apendicectomia, no Hospital Florianópolis (Florianópolis- SC- Brasil), para dessa forma tentar contribuir para a diminuição da morbi- mortalidade dessa entidade nosológica.

3. MÉTODO

Foi realizado estudo retrospectivo, descritivo e horizontal.

Foram selecionados os prontuários de todos os pacientes apendicectomizados no Hospital Florianópolis (Florianópolis- SC- Brasil), no período de outubro de 1997 a novembro de 1998 (exceto dos pacientes submetidos a apendicectomia de oportunidade), perfazendo um total de 80 casos.

Por meio de protocolo (apêndice 1) pré estabelecido, foram analisados dados referentes a:

1. Quadro clínico: sexo, idade, sinais e sintomas, tempo de história da doença;
2. Exames complementares: valores hematológicos pré- operatórios;
3. Tratamento cirúrgico: vias de acesso, drenagem da cavidade peritoneal e tipo de dreno utilizado;
4. Complicações pós-operatórias;
5. Reoperações;
6. Óbitos.

O tempo de doença foi considerado como o período compreendido entre o início dos sintomas e a internação.

Os dados obtidos foram digitados e analisados pelo software Microsoft Excel versão 97.

4. RESULTADOS

Dos 80 pacientes em estudo 51 (63,75%) eram do sexo masculino e 29 (36,25%) feminino. A faixa etária entre 15 e 25 anos foi a mais acometida, apresentando 17 (21,25%) pacientes do sexo masculino e 10 (12,50%) do sexo feminino, correspondendo a um total de 27 casos (33,75%).

TABELA I – Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se **sexo e idade**.

Bloco	Masculino n°	%	Feminino n°	%	Total n°	%
≤ 15	6	7,50	2	2,50	8	10,00
15 – 1 25	17	21,25	10	12,50	27	33,75
25 – 1 35	12	15,00	8	10,00	20	25,00
35 – 1 45	9	11,25	7	8,75	16	20,00
45 – 1 55	4	5,00	0	0,00	4	5,00
55 – 1 65	1	1,25	1	1,25	2	2,50
≥ 65	2	2,50	1	1,25	3	3,75
não mencionado	-	-	-	-	-	-
Total	51	63,75	29	36,25	80	100,00

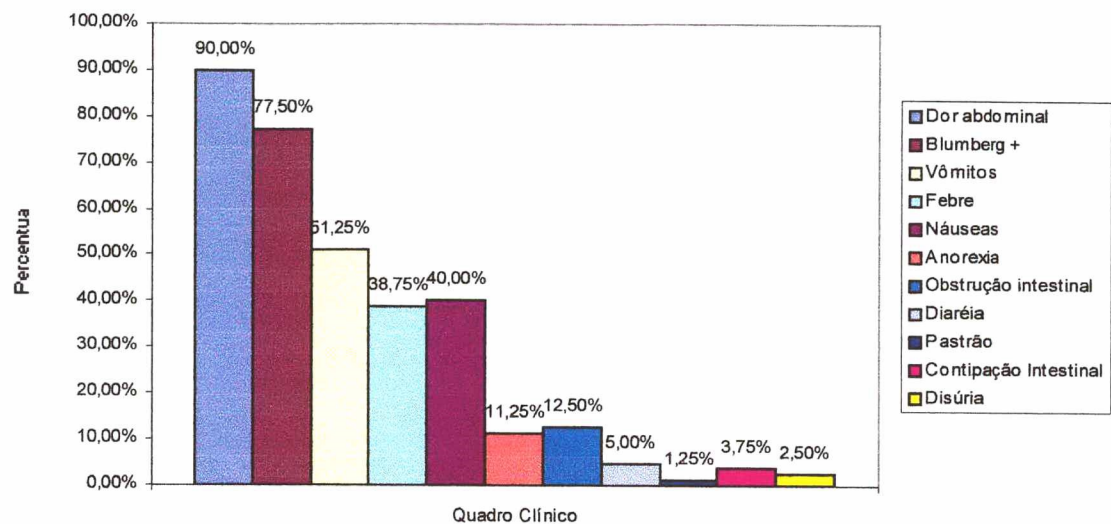


Figura 1- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se **sinais e sintomas** apresentados no momento do atendimento.

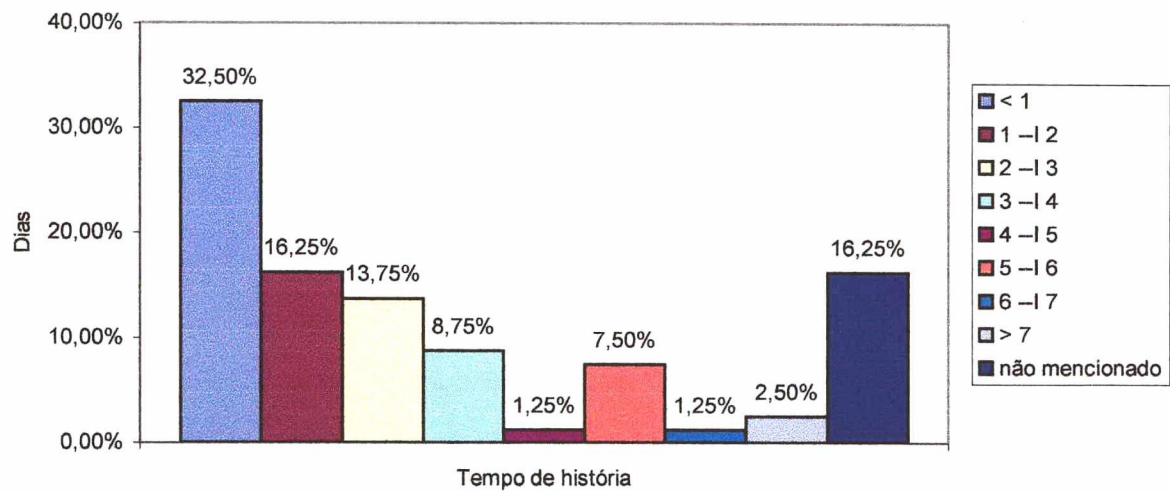


Figura 2- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se o **tempo de história da doença** em dias.

TABELA II- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se **valores hematológicos pré-operatórios**.

Valores Hematológicos	nº	%
Leocócitos > 10.000	63	81
< 10.000	15	19
Segmentados > 65%	69	88
< 65%	9	12
Bastões > 5%	29	37
< 5%	49	63
Não mencionados	2	3

TABELA III- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se as **vias de acesso** utilizadas para o tratamento cirúrgico.

Via de Acesso	nº	%
McBurney	40	50,00
Mediana	19	23,75
Lennander	16	20,00
Transretal	1	1,25
Jalaguier	1	1,25
Pfanestil	0	0,00
Davis	0	0,00
Não mencionados	3	3,75
Total	80	100,00

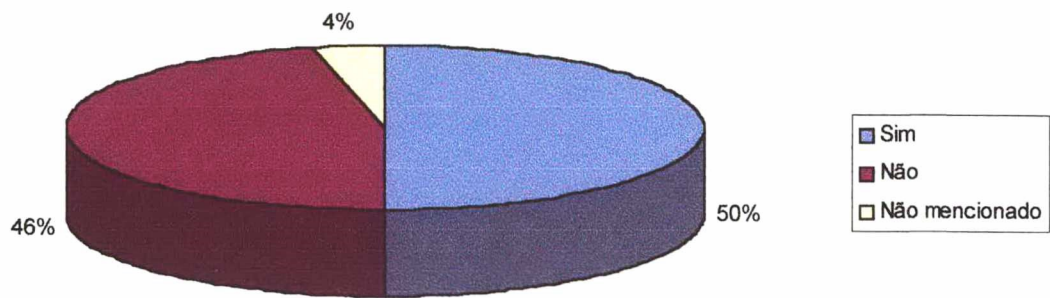


Figura 3- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se a realização de **drenagem da cavidade peritoneal**.

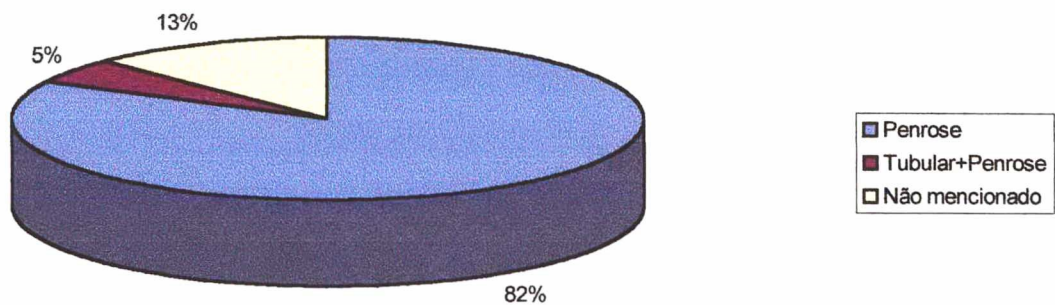


Figura 4- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se o **tipo de dreno** utilizado.

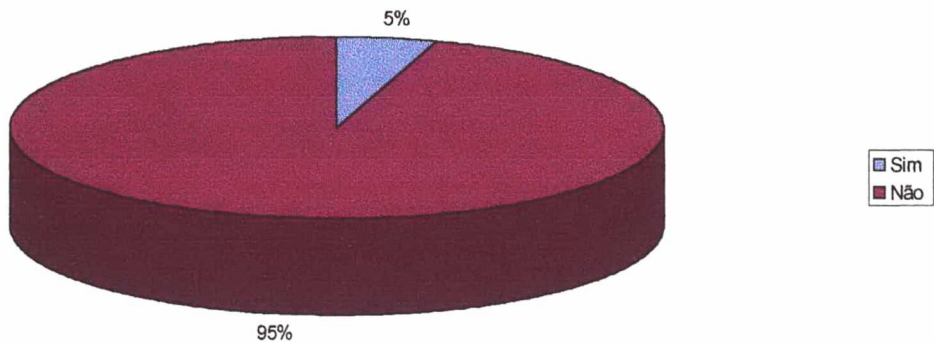


Figura 5- Distribuição de 80 pacientes apendicectomizados no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998, analisando-se a existência de **complicações pós operatórias**.

Como complicações pós- operatórias, na amostra analisada, foram encontradas 3(75%) casos de abscesso de parede e 1(25%) caso de abscesso intraperitoneal, o qual necessitou ser reoperado, conforme mostra FIG. 6.

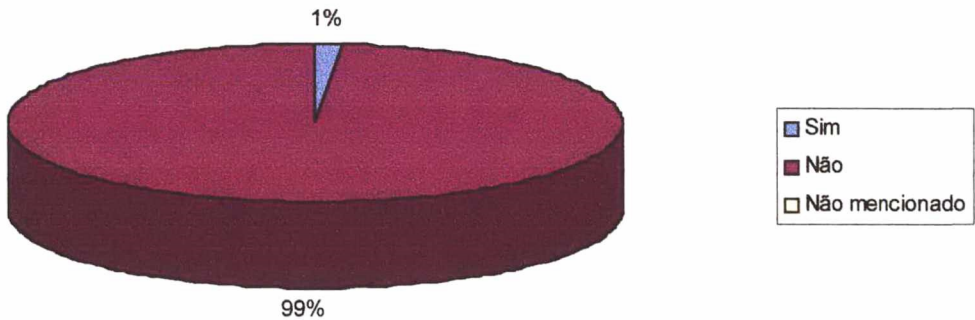


Figura 6- Distribuição dos casos de apendicectomia, ocorridos no Hospital Florianópolis, no período de outubro de 1997 a novembro de 1998,segundo a existência ou não de **reoperações**.

Não houve casos de óbito na amostra apresentada neste estudo.

5.DISSCUSSÃO

A apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo, ^(1,2,3) e é a condição que mais freqüentemente requer tratamento cirúrgico de urgência.^(25, 26, 8, 6)

Durante o desenvolvimento deste trabalho encontramos algumas dificuldades ao realizar a coleta dos dados nos prontuários devido ao mau preenchimento dos mesmos. Tentou-se analisar as características referentes à dor abdominal relatada pelo paciente no momento do atendimento, mas na grande maioria das vezes esse dado não se encontrava disponível. Devido a esse fato foi considerada como dor abdominal, a dor referida espontaneamente pelo paciente. Não foi possível analisar em que fase encontrava-se o apêndice no momento da cirurgia, pois esse dado estava quase sempre ausente nos prontuários.

A apendicite é mais comum no sexo masculino do que no feminino.^(8, 27, 28, 29) Neste estudo foram analisados 80 pacientes, dos quais 51 (63,75%) pertenciam ao sexo masculino e apenas 29 (36,25%) pacientes pertenciam ao sexo feminino.

A faixa etária variou entre 11 a 75 anos de idade. A incidência máxima ocorreu entre os 15 e 25 anos, o que corrobora com a literatura pesquisada.^(3, 8, 27, 28,30) A partir daí, sua incidência declinou, embora a apendicite tenha ocorrido durante toda a fase adulta e mesmo na velhice. A incidência de homens, com diagnóstico de apendicite aguda, declinou gradativamente após a idade de 25 anos, até que a proporção entre os sexos se tornou quase igual, como pode ser melhor verificado na TAB. I.

Dor abdominal (90%), sinal de Blumberg positivo (77,50%), vômitos (51,25%), náuseas (40%) e febre (38,75%); foram os sinais e sintomas encontrados

com maior freqüência nesse estudo, o que coincide com a literatura consultada.^(2, 3, 6, 8, 9, 31, 32) Segundo Schwartz⁽²⁾, em 95% dos pacientes com apendicite aguda, a anorexia é o primeiro sintoma, seguido por dor abdominal, que por sua vez, é seguida de vômito (caso ocorra). Em nosso estudo a anorexia apareceu em apenas 11,25% dos casos. Isso talvez se deva ao fato desse sintoma não parecer tão relevante para o paciente e nem sempre ser referido pelo mesmo, ou ainda, por nem sempre ser questionado pelo profissional de saúde que o atendeu. Embora tenha-se notado a existência de uma grande diversidade de sinais e sintomas em nosso estudo, como observado na FIG.1, o quadro clínico predominante foi o quadro típico da apendicite aguda: dor abdominal, náuseas, vômitos, sinal de Blumberg positivo e febre. ^(2, 6, 15, 8, 9)

Wipfel ⁽³¹⁾, em 1994, registrou 70% de casos apresentando início dos sintomas com menos de 24 horas, 20% com 1 a 2 dias, 3% com 2 a 3 dias e 7% com mais de 3 dias de início dos sintomas. Em nosso estudo encontramos um total de 32,5% de casos com tempo de história inferior a 24 horas, seguido de 16,25% de casos com início dos sintomas entre 1 a 2 dias. Foi também verificado uma significativa quantidade de casos em que não foi relatado o tempo de início dos sintomas (16,25%), conforme FIG. 2. O tempo de história da doença inferior a 24 horas, verificado na maioria dos pacientes analisados em nosso estudo, pode estar relacionado com o quadro típico de apendicite apresentado pela maioria desses pacientes e também pela maior incidência de apendicite aguda na faixa etária entre 15 a 25 anos de idade, observados em nosso estudo. Nos extremos etários é freqüente ser atípico o quadro clínico, ⁽³¹⁾ dificultando o diagnóstico precoce da doença.

Na avaliação do hemograma foram encontrados 63 casos (81%) de leucocitose contra apenas 15 casos (19%) com leucócitos normais. Foi observado também, a

presença de desvio à esquerda em função dos segmentados em 69 casos (88%) contra 9 casos (12%) com presença de segmentados normais, como demonstrado pela TAB. II. Os valores encontrados para leucocitose em nosso estudo são significativamente inferiores aos achados na literatura, 100% segundo estudo realizado por Wippel ⁽³¹⁾. A contagem de leucócitos, tanto diferencial quanto total, muitas vezes é anormal na apendicite.⁽⁸⁾ Até um terço dos pacientes, sobretudo adultos de mais idade, apresenta um número normal de leucócitos em presença de apendicite aguda ⁽²³⁾. Contudo, a maioria apresenta um desvio para a esquerda, mesmo quando o número total de leucócitos é normal ⁽¹⁰⁾. É importante estar atento para o fato que, em casos de suspeita de apendicite, quando os sinais clínicos não estão de acordo com o número de leucócitos, os achados clínicos devem prevalecer ⁽⁸⁾.

Quanto ao tipo de incisão utilizada, verificamos em nosso estudo predominância significativa na incisão de McBurney, com 40 casos (50%). Em segundo lugar na preferência dos cirurgiões, veio a incisão Mediana, com 19 casos (23,75%) seguida pela incisão de Lennander com 16 casos (20%), como pode-se observar na TAB. III. Segundo a literatura pesquisada, a incisão de McBurney foi proposta para se ter acesso cirúrgico ao apêndice na presença de um quadro de abdome agudo inflamatório por provável apendicite aguda, sendo a mais utilizada pelos autores pesquisados. ^(23, 26, 28, 31) Além da incisão de McBurney, tem sido propostas outras, como a de Jalaguier, e a de Rockey- Davis. ⁽³⁾ A preferência pela incisão de McBurney, observada em nosso estudo deveu-se ao curto tempo de história da doença, verificado na maioria dos casos analisados, bem como, a faixa etária apresentada pela maioria destes pacientes e também pela ausência de massa palpável em fossa ilíaca direita, verificados em nosso trabalho.

Com relação a drenagem da cavidade peritoneal, em nosso estudo ocorreram 50% de casos drenados contra 46% de casos não drenados. Em apenas 4% dos casos essa informação não pôde ser encontrada. O dreno de Penrose foi o mais utilizado, perfazendo um total de 82% dos casos. O dreno tubular foi utilizado em apenas 5% dos casos, como pode ser verificado na FIG. 4. De acordo com a literatura consultada,⁽³⁾ a drenagem da cavidade peritoneal está contra indicada quando a inflamação é limitada ao apêndice, mesmo nas apendicites supuradas e tampouco nas peritonites localizadas. Quando há necessidade de utilizar dreno, deve-se preferir os drenos moles, tipo Penrose. Os drenos duros são condenáveis, pois podem chegar a perfurar o intestino.⁽⁶⁾ Rajab et al, ⁽²³⁾ em seu estudo, concluíram que os doentes drenados tiveram maior tempo de permanência hospitalar e maior número de complicações.

Com relação as complicações pós- operatórias, em nosso estudo, foram observados apenas 4 casos (5%). Entre as complicações pós- operatórias encontradas a de maior incidência foi o abscesso de parede, com 3 casos (75%), confirmando os dados encontrados na literatura, ⁽²⁷⁾ aparecendo ainda, apenas um caso (25%) de abscesso intraperitonal. Conforme encontrado na literatura consultada, as complicações pós- operatórias mais freqüentemente encontradas nos pacientes apendicectomizados, são: supuração da incisão, abscessos pélvicos e subfrênicos, abscessos de parede, fistulas estercorais, obstrução intestinal, evisceração, abscesso intraperitonal entre outras.^(3,16, 26, 27) As complicações ocorrem geralmente devido ao atraso da admissão do paciente no hospital e ao uso indevido de antibióticos, dificultando o diagnóstico da apendicite aguda. ^(26, 27m, 16, 32)

Em nosso estudo houve apenas um caso de reoperação, que ocorreu devido à presença de abscesso intraperitoneal. A baixa incidência de reoperação, encontrada

6. CONCLUSÕES

A maioria dos pacientes submetidos à apendicectomia no Hospital Florianópolis, entre outubro de 1997 e novembro de 1998, pertenciam ao sexo masculino, apresentavam faixa etária compreendida entre 15 e 25 anos de idade e tiveram tempo de história da doença inferior a 24 horas. Apresentaram na maior parte dos casos, os sinais e sintomas típicos de apendicite aguda. O uso do leucograma como método laboratorial, para diagnóstico de apendicite aguda, tem valor apenas quando associado ao quadro clínico apresentado pelo paciente, visto que alguns pacientes com diagnóstico de apendicite aguda, analisados nesta série apresentaram valores normais para esse exame. O conhecimento, das diversas formas de abordagem cirúrgica, nos casos de apendicectomia e a correta aplicação dessas formas de abordagem, contribuem para a menor incidência de complicações pós- operatórias.

O diagnóstico precoce associado ao tratamento cirúrgico são fatores fundamentais para a diminuição da morbimortalidade dos portadores de apendicite aguda.

A dificuldade encontrada para realização da coleta de dados, é consequência de um problema cada vez mais comum no meio médico: o mau preenchimento dos prontuários. Pensamos que, essa deva ser uma questão a ser refletida, visto que, o correto preenchimento dos prontuários além de se tratar de uma questão jurídica, contribui para a realizações de novos trabalhos científicos, na área médica.

7. REFERÊNCIAS

1. Riedi H. Apendicite aguda. In: Coelho J, Aparelho Digestivo: Clínica e Cirurgia, 1 ed. Rio de Janeiro: Medsi; 1990 p. 547-51.
2. Schwartz S J. Apêndice. In: Schwartz, Princípios de Cirurgia, v.2, 6 ed. Rio de Janeiro: Mc Graw- Hill, 1996 p. 1185-96
3. Netto AC. Clínica Cirúrgica,. 4 ed. São Paulo: Sarvier; 1994.
4. Ellis H. The 100 th birthday of appendicitis. Br Med J 1986; 293:1617-8.
5. Williams G R. Presidential address: a history of appendicitis. Ann Surg 1983; 197: 495-506.
6. Zollinger RM, Howe MDCT. Intestino delgado e grosso. In: Davis C, Clínica Cirúrgica, 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan: 1970 p.692-700.
7. Gardner E. Esôfago, estômago, intestino. In: Gardner E, Gray DJ, O'rahilly R: Anatomia, 1ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1964 p. 449- 51.
8. Sabiston DC, Tratado de Cirurgia. 14 ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 1992.
9. Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC, Tratado de Medicina Interna. Rio de Janeiro: Editora Guanabara; 1992.
10. Andrade JI. Plastrão apendicular: tratamento clínico ou cirúrgico? In: Castro PL, Savassi RPR. Tópicos em gastroenterologia, 1 ed. Rio de Janeiro: Sarvier; 1990. P.187-93.
11. Andrade JI, Hsien CT, Martins Jr A, Ceneviva R. Apendicite aguda: estudo prospectivo de 90 casos, com especial referência à comparação entre duas

- técnicas de tratamento do coto apendicular. Rev Col Bras Cir 1989;16:3-6.
12. Andrade JJ, Hsien CT, Scarpelini S, Martins Jr A, Ceneviva R. Apendicite aguda no idoso. Rev Bras Cir 1989; 79: 307-11.
 13. Bernion RS, Baron EJ, Thompson SE. The bacteriology of gangrenous and perforated appendicitis revisited. Ann Surg 1990; 211: 165-71
 14. Lau WY, Fan ST, Chu KW, Lee JMH. Acute appendicitis in the elderly. Surg Gynecol Obstet 1985; 161: 157-60.
 15. Scher KS, Coil JA. Appendicitis factor that influence the frequency of perforation. South Med J 1980;73: 1561-3.
 16. Ochsner A, Gage IM, Garside E. The intra- abdominal post- operative complications of appendicitis. Ann Surg 1930; 91:544.
 17. Skoubo- Kristensen E, Hvid J. The appendiceal mass. Results of conservative management. Ann Surg 1982; 196: 584-7.
 18. Santos Jr JCM, Martins Jr A, Féres O, Shid HAO. Plastrão apendicular. Tratamento conservador com appendicectomia eletiva retardada. Rev Col Bras Cir 1990; 17: 82-5.
 19. Engkvist O. Appendectomy a froid a superfluous routine operation? Acta Chir Scand 1971; 137: 797-800.
 20. Klein SR, Layden L, Wright JF, White RA. Appendicitis in the elderly. A diagnostic challenge. Postgrad. Med 1988;83 :247.
 21. Marrero RR, Barnuiell S, Hoover EL. Appendicitis in children; a continuing clinical challenge. Journal of the National Medical Association 1992; 84(10): 850-2.
 22. Gilbert SR, Emmens RW, Putmann TC. Appendicitis in children. Surgery, Gynecology and Obstetrics, New York, v. 161, p.261- 269, 1985.
 23. Motta LACR, Motta LDC, Albuquerque MH, Fonseca DN, Almeida WM. Apendicite aguda em pacientes acima de 50 anos. Rev bras cir 1986; 76 (6): 335- 8.

24. Iribarren C, Cameron A, Ortiz AI, Mihura EM, Porto E, Cappi RA et al.
 Appendicectomy laparoscópica: analisis de sus resultados e indicaciones. Rev Argent cir 1995; 69 (5):121- 31.
25. Primatesta P, Goldacre MJ. Appendicectomy for acute appendicitis and for other conditions: na epidemiological study. Official Journal of the International Epidemiological Association, Oxford, v.23, n.1, p. 155-60,1994
26. Mason JH, Mitchel PB, Frederick CG. Surgery of the vermiform appendix. Surgical clinics of North America 1977; 57: 1303- 15.
27. Serra MC, Refinetti RA, Jamel N, Perrota U. Apendicite Aguda e suas complicações. Rev. Col bras cir 1981;3 (4): 183- 6.
28. Maziero G. Apendicite Aguda: Estudo de 61 casos. Arq Cat Med 1979; 8 (4): 1979.
29. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dunphy E. Appendicitis: a critical review of diagnostics and tratament in 1000 cases. Arch Surg 1975; 187: 677- 84.
30. Barbosa H. Apendicite aguda num hospital universitário. Brasília Médica 1973; 9: 75.
31. Wippel A. The hemogram- His value in acute appendicitis- A study of 130 cases. Rev bras Cir 1994; 84: 155- 7.
32. Rodrigues- Loechen J, Palenzuela JG, Area EA. Apendicite aguda: estudo de 614 casos apendicitomizados de urgência. Rev cuba cir 1990; 29 (3): 503-10.

RESUMO

A apendicite aguda continua a ser uma das causas mais freqüentes de abdome agudo inflamatório, mas apesar dos métodos diagnósticos existentes atualmente, o diagnóstico tardio vem favorecendo o aumento do número de complicações pós-operatórias que podem evoluir ao óbito. Analisou-se retrospectivamente 80 apendicectomias realizadas pela técnica convencional, na cidade de Florianópolis (SC- Brasil), no Hospital Florianópolis. Dos 80 pacientes operados, 51 (63,75%) foram do sexo masculino, tendo como grupo etário mais acometido, dos 15 aos 25 anos de idade- 27 (33,75%), e com tempo de história da doença inferior à 24 horas- 26 (32,50%). Os sinais e sintomas mais comumente encontrados foram: dor abdominal espontânea- 72 (90%), sinal de Blumberg- 62 (77,50%) e vômitos- 41 (51,25%). A leucocitose esteve presente em 63 (81%) dos casos. A incisão de McBurney foi a mais utilizada- 40 (50%) dos casos, seguida pela incisão Mediana com 19 (23,75%), na preferência dos cirurgiões. Realizou-se drenagem da cavidade abdominal em 40 (50%) dos pacientes, utilizando-se preferencialmente o dreno de Penrose- 33 (82%). As complicações pós operatórias mais freqüentemente encontradas foram: abscesso de parede abdominal- 3 (75%) dos casos e apenas 1 caso (25%) de abscesso intraperitonal. Apenas um paciente necessitou ser operado devido a presença de abscesso intraperitoneal. Não houve óbitos nessa série de pacientes. Concluiu-se que o diagnóstico precoce associado ao tratamento cirúrgico são fatores fundamentais para a diminuição da morbimortalidade dos pacientes portadores de apendicite aguda.

APÊNDICE

Protocolo utilizada em nosso estudo para realização de coleta de dados:

Registro: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade: _____

Tempo de história da doença: _____

Sinais e sintomas: () Dor abdominal espontânea

() Obstrução intestinal

() Diarréia

() Febre

() Vômitos

() Náuseas

() Anorexia

() Blumberg positivo

() Plastrão

() Constipação

() Disúria

Valores hematológicos pré- operatórios:

• Leucócitos: () $> 10.000 \text{ mm}^3$

() $< 10.000 \text{ mm}^3$

• Segmentados: () $> 65\%$

() $< 65\%$

• Bastões: () $> 5\%$

() $< 5\%$

Vias de acesso: () Lennander

() Davis

() McBurney

() Trnsretal

() Mediana

() Jalaguier

() Pfanestil

Drenagem da cavidade perironeal:

() Não drenado

() Drenado: () Penrose

() Tubular + Penrose

() Não mencionado

Complicações pós- operatórias: () Não

() Abscesso intraperitoneal

() Obstrução intestinal

() Evisceração

() Acesso de parede

() Septicemia

() Fístula

() Aderências

Reoperações: () Obstrução intestinal

() Não

() Abscesso de parede

() Abscesso intraperitoneal

() Evisceração

() Outros: _____

Óbitos: () Sim

() Não

**TCC
UFSC
CC
0246**

N.Cham. TCC UFSC CC 0246
Autor: Farias, André BarD
Título: Análise clínica, laboratorial e



972808451

Ac. 253068

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM